

Marzenna Zaorska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Dobór metody komunikacji dla małego dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną

The choice of a communication method for a child with multiple sensory disabilities

The subject of communication is one of the most essential matters in the process of aiding the development, rehabilitation, education, socialization of children with multiple sensory disability, affected by it from the moment of birth or early childhood. Depending on how this essential matter is handled, future functionality and life of a person with simultaneous impairment of hearing is determined. Also the self-fulfillment and acquired level of personal and social autonomy is influenced. Due to the aforementioned, the choice of an adequate, to the needs and capabilities of a specific person with multiple sensory disability, method of communication with environment involves not only the communicational, educational and banaisic, but also, and foremostly, the ethical and humanistic aspects.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność sensoryczna, osoba z niepełnosprawnością sensoryczną, niepełnosprawność sprzężona, komunikacja, metody komunikacji, komunikacja alternatywna, metody komunikacji alternatywnej

Keywords: sensory disability, person with a sensory disability, multiple disability, communication, methods of communication, alternative communication, methods of alternative communication

Wprowadzenie

Zagadnienia dotyczące szeroko zdefiniowanego specjalistycznego wsparcia udzielanego osobom doświadczającym konsekwencji równoczesnego, sprzężonego uszkodzenia słuchu i wzroku, sprzężonej niepełnosprawności sensorycznej znajdują aktualnie coraz szersze zainteresowanie wśród teoretyków i praktyków z dyscyplin wiedzy zajmujących się problematyką niepełnosprawności. Zgromadzone doświadczenia pozwalają sądzić, że dotychczasowe działania w obszarze pomocowym adresowane do ludzi ze sprzężoną niepełnosprawnością senso-

ryczną są wysoce niesatysfakcjonujące, co oznacza, że wymagają dopracowania w wielu płaszczyznach i zakresach dotyczących diagnozy, rehabilitacji, edukacji, terapii, organizacji systemu wspomaganie rozwoju w różnych okresach życia, jak również w kwestiach teoretycznych oraz naukowo-badawczych, w tym definicyjnych, statystycznych czy kwalifikacyjnych.

Równoczesne uszkodzenie słuchu i wzroku lokuje się w grupie tzw. niepełnosprawności sprzężonych, mamy tu bowiem do czynienia z obecnością uszkodzenia co najmniej dwóch struktur oraz funkcji ciała ludzkiego (za Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia; ICF – *International classification of functioning, disability and Health*, Światowej Organizacji Zdrowia 2001) – są to struktury i funkcje obejmujące budowę oraz sprawność narządu słuchu i wzroku. W sygnalizowanej sytuacji oczywiste jest, że w rezultacie sprzęgania się uszkodzeń powstaje jakościowo odmienny typ niepełnosprawności w wymiarze obecnych i doświadczanych konsekwencji, niepolegający na ich nałożeniu się czy zsumowaniu. Jakościowa odmienność niepełnosprawności sprzężonej, w tym sprzężonej niepełnosprawności sensorycznej, cechuje się wzajemnym przenikaniem spotęgowanych trudności, będących rezultatem uszkodzeń niepełnosprawność sprzężoną tworzących.

Stan równoczesnego uszkodzenia słuchu i wzroku, zasadniczo i dość powszechnie ujmowany niezwykle tradycyjnym, o cechach stygmatyzacji, terminem „głuchoślepoty”. W interpretacji zaproponowanej przez Towarzystwo Pomocy Głuchoniewidomym jest definiowany jako „jednoczesne występowanie choroby narządu słuchu i narządu wzroku, których sprzężenie powoduje ograniczenia w wykonywaniu czynności życiowych, w szczególności w przemieszczaniu się, dostępie do informacji i w komunikowaniu się z otoczeniem w zależności od stopnia uszkodzenia obu narządów oraz możliwości kompensacyjnych (wrodzone lub nabyte wady wzroku powodują obniżenie ostrości widzenia przynajmniej w jednym oku lub ograniczenia pola widzenia i występują jednocześnie z upośledzeniem słyszenia przynajmniej w jednym uchu), (Kozłowski 2011, s. 42).

Osoby kwalifikujące się we wskazanych kryteriach medyczno-funkcjonalnych nie stanowią jednolitej grupy pod względem stopnia obecnych uszkodzeń, ich etiologii, czasu wystąpienia, prezentowanego poziomu funkcjonowania oraz dominującego i preferowanego sposobu porozumiewania się z otoczeniem. Są wśród nich osoby niesłyszące i niewidzące, słabosłyszące i niewidzące, niesłyszące i słabowidzące oraz słabo słyszące i słabowidzące. Ponadto osoby z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa, z wrodzonym lub wczesnie nabytym uszkodzeniem słuchu i nabytym w późniejszym okresie życia uszkodzeniem wzroku, z wrodzonym lub wczesnie nabytym uszkodzeniem wzroku i nabytym w późniejszym okresie życia uszkodzeniem słuchu, z nabytym w późniejszym okresie życia uszkodzeniem słuchu i wzroku;

osoby, u których sprzężona niepełnosprawność sensoryczna została spowodowana czynnikami o charakterze genetycznym, wrodzonymi embriopatiami, uszkodzeniami lub czynnikami okołoporodowymi, różnymi schorzeniami, szczególnie dotyczącymi narządu słuchu i wzroku, czynnikami mechanicznymi, termicznymi, chemicznymi i innymi. Również osoby wykazujące niski poziom funkcjonowania i niski poziom intelektualny, jak i przeciętny lub wysoki poziom funkcjonowania oraz przeciętny lub wysoki poziom intelektualny. Osoby porozumiewające się z otoczeniem metodami charakterystycznymi dla dominującej większości (mowa artykułowana, pismo płaskie), metodami charakterystycznymi dla środowiska osób z niepełnosprawnością słuchową (język migowy), dla środowiska osób z niepełnosprawnością wzrokową (alfabet brajlowski), metodami alternatywnymi (systemy obrazkowe, piktogramy, system Bliss, inne systemy manualne lub punktowe), metodami łączonymi, kombinowanymi, totalną komunikacją (Zaorska 2002, 2008).

Obecnie w ewidencji TPG znajduje się około 2400 osób z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku, chociaż odnosząc się do danych statystycznych z innych krajów liczbę osób głuchoniewidomych w Polsce można szacować na 5–7 tysięcy (Kozłowski 2011, s. 43).

Dane statystyczne pozwalają wskazać, że biorąc pod uwagę kryterium stopnia uszkodzenia zmysłów w naszym kraju, osoby głuchoniewidome w poszczególnych grupach stanowią następujące wskaźniki odsetkowe:

- osoby całkowicie lub praktycznie głuchoniewidome – 3 do 6% wszystkich głuchoniewidomych,
- osoby niewidome, które zachowały użyteczne zdolności słyszenia – około 20%,
- osoby niesłyszące, które zachowały użyteczne zdolności widzenia – około 20% populacji,
- osoby, które zachowały zarówno użyteczne zdolności słyszenia i widzenia – około 50% (Kozłowski 2011, s. 43).

Jeśli chodzi o kryterium wieku to najbardziej liczna jest grupa ludzi starszych – powyżej 60. roku życia (pogorszenie lub utrata wzroku i słuchu pojawia się w związku ze starzeniem się organizmu). Osoby te to 60% populacji głuchoniewidomych. Stosunkowo dużą grupę – 30% populacji stanowią głuchoniewidomi między 18. a 60. rokiem życia, w tzw. wieku aktywności zawodowej. Najmniej liczna jest grupa dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18. lat – około 10% populacji (Kozłowski 2011, s. 44).

Zasadniczo o włączeniu osoby do grupy głuchoniewidomych decydują kryteria funkcjonalne; wskazują na sfery życia, w których skutki uszkodzenia słuchu i wzroku poważnie utrudniają funkcjonowanie i aktywność człowieka. Generalizując są one następujące: dostęp do informacji, nauki, wiedzy; porozumiewanie

się z otoczeniem; czynności samoobsługowe i życia codziennego; orientacja i poruszanie się w przestrzeni; udział w życiu kulturalnym i społecznym; aktywność edukacyjna, a w późniejszym okresie życia – aktywność zawodowa (Majewski 1995; Rudomska 2011).

Komunikacja

Jednym z podstawowych zagadnień rehabilitacji i edukacji osób ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną jest dylemat porozumiewania się z otoczeniem, nabywania wymaganych kompetencji komunikacyjnych. T. Gałkowski ujmuje kompetencję komunikacyjną jako „gotowość, chęć i sprawność w zakresie nawiązywania kontaktu językowego [...]” (1998, s. 20). Uszkodzenie słuchu i wzroku poważnie utrudnia, a czasami nawet uniemożliwia komunikację przy zastosowaniu tradycyjnej/tradycyjnych metody/metod kontaktu z otoczeniem – mowa artykułowana, pismo płaskie. Szczególnie dziecko z równoczesnym uszkodzeniem słuchu i wzroku, dysponując poważnie ograniczonymi możliwościami lub brakiem możliwości odbioru komunikatów otoczenia, bez specjalnej pomocy nie zdoła opanować jakiegokolwiek metody komunikacji. Dlatego w zasygnalizowanym zakresie potrzebuje specjalistycznego oraz wysoce specjalnego wsparcia.

Sprzężona niepełnosprawność sensoryczna powoduje także inne trudności związane z porozumiewaniem się: z fonizacją, czyli tworzeniem i artykułowaniem dźwięków składających się na mowę, słuchową kontrolą wymawianych dźwięków, opanowaniem języka, którym posługuje się otoczenie, rozumieniem słów i konstrukcji gramatycznych składających się na język (Lafon 1992; Książek 2003).

Nieco odmiennie przedstawia się sytuacja dzieci z niesłyszeniem postlingwalnym. Dysponują one pewnymi umiejętnościami werbalnego porozumiewania się z otoczeniem. Stąd w danej grupie istotnym jest ukształtowanie nowych metod komunikacji, korespondujących z aktualnymi możliwościami psychofizycznymi i społecznymi, poziomem wiedzy i umiejętności praktycznych, a także utrwalanie dotychczasowych, werbalnych kompetencji komunikacyjnych (Zaorska 2002).

Dziecko ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa w kontekście komunikacyjnym znajduje się w wyjątkowo skomplikowanej sytuacji rozwojowej. Jeśli pozwalają na to jego możliwości, powinno nauczyć się korzystania nawet z kilku alternatywnych metod komunikacji. Rozwój umiejętności komunikacyjnych bowiem jest warunkiem wszelkiego uczenia i uczenia się. Dlatego w omawianym przypadku tak istotne znaczenie ma tzw. totalna komunikacja. Polega ona na wykorzystaniu wszelkich dostępnych środków przekazywania informacji, wielu metod umożliwiających kontakt. Mając na względzie dane wskazówki należy rękę głuchoniewidomego dziecka

przytrzymywać na krtani osoby nadającej informacje oraz w okolicach jej ust, tak by dziecko poczuło ruch wydychanego powietrza i powstające w czasie mówienia różnice ciepłne. „W przypadku głuchoniewidomych spotykamy się z ograniczonymi możliwościami komunikowania się poprzez mowę, symbole obrazkowe, czytanie z ust itp. Trzeba zatem szukać innych sposobów przekazywania (wymiany) informacji. Uszkodzenie tzw. zmysłów wyższych (słuchu i wzroku) zwraca naszą uwagę na pozostałe zmysły: chemiczne i skórne” (Florek 1998, s. 56–57).

Metody komunikacji

Metody komunikacji można klasyfikować na wiele sposobów. Można podzielić je na: foniczne i niefoniczne (niedźwiękowe), werbalne i niewerbalne (poza-werbalne, ekstrawerbalne). R. Kinney (1972) różnicuje metody porozumiewania się z osobami ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną na uniwersalne i specjalne. Do metod uniwersalnych należą te, za pomocą których każdy znający pismo może kontaktować się z osobą głuchoniewidomą, pod warunkiem, że zna ona daną metodę. Metody specjalne wymagają odpowiedniego przygotowania, by mogły być wykorzystywane w procesach komunikacyjnych z głuchoniewidomymi.

Metody uniwersalne są stosunkowo powolne. Rozmowa przy ich wykorzystaniu zajmuje sporo czasu, dlatego w pracy z głuchoniewidomymi dziećmi stosuje się metody specjalne, które są szybsze, jednakże wymagają wcześniejszego przygotowania (Majewski 1995; Zaorska 2008).

W okolicznościach niesłyszenia i niewidzenia pewne możliwości nawiązania relacji komunikacyjnych z otoczeniem, a nawet poznania mowy artykułowanej, tworzy odbiór mowy przez kanał dotykowy. Jedną z pierwszych metod dotykowej percepcji mowy była metoda TADOMA (Zaorska 2008). Nazwa metody pochodzi od imion dwójki głuchoniewidomych dzieci uczonych mowy za jej pomocą. Polega na wyczuwaniu wibracji i ruchów warg, policzka oraz szyi mówiącego. Określone możliwości dają inne metody: kreślenia na dłoni drukowanych liter, alfabet punktowy do dłoni, brajlowsko-czarnodrukowa technika komunikacji (Zaorska 2002, 2008). W Wielkiej Brytanii opracowano system dwuręcznego alfabetu brajlowskiego nadawanego do palców głuchoniewidomych. W systemie tym znaki prezentowane są przy pomocy obu rąk (Majewski 1995).

Kreślenie drukowanych liter na dłoni polega na pisaniu palcem, na ogół wskazującym, dużych liter drukowanych na dłoni głuchoniewidomego dziecka lub na innych częściach jego ciała, o ile jest to korzystniejsze (Majewski 1995; Suralová 2000). Alfabet punktowy do dłoni z kolei polega na dotykaniu poszczególnych części dłoni, które odpowiadają konkretnym literom, cyfrom i innym znakom gra-

ficznym. Polska wersja alfabetu punktowego do dłoni została opracowana przez głuchoniewidomego Grzegorza Kozłowskiego (1988). Warunkiem stosowania jego propozycji jest znajomość alfabetu języka polskiego przez partnerów relacji międzyludzkich. Tabliczką brajlowsko-czarnodrukową mogą posługiwać się osoby znające pismo brajla. Do porozumiewania się stosuje się specjalną tabliczkę z wytłoczonymi znakami brajlowskimi, nad którymi wydrukowane są odpowiadające im znaki czarnodrukowe – litery, cyfry i inne znaki graficzne. Przekazując informacje osobie ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną dotyka się końcem jej palca wskazującego prawej ręki kolejnych liter brajlowskich. Jeśli dziecko nie potrafi mówić, wówczas w identyczny sposób może przekazywać informacje zwrotne widzącemu lub niewidomemu rozmówcy (Majewski 1995).

Wiele osób poważnie niedosłyszących i niewidzących od urodzenia może korzystać z języka migowego, odbierając znaki migowe kanałem wzrokowym, natomiast osoby niewidzące i niesłyszące za pomocą kanału dotykowego, np. poprzez tzw. daktylografię do ręki. Metoda dotykowego odbioru alfabetu palcowego zakłada czynne manipulowanie rękoma głuchoniewidomego dziecka, wymaga dobrej dotykowej i kinestetycznej aktywności, zwłaszcza palców. Dlatego dzieci mało sprawne mogą mieć trudności w posługiwaniu się tą metodą. Dodatkowo dzieci doświadczają problemów w odbiorze znaków ideograficznych, które spowodowane są niską sprawnością manualną, ograniczoną orientacją przestrzenną i ograniczoną zdolnością zapamiętywania kolejnych (następujących po sobie) zjawisk (Ludíková 2000; Souralová 2000).

„Wiele osób, które nie są w stanie porozumiewać się za pomocą symboli konwencjonalnych takich, jak mowa czy daktylografia, może uczyć się używania symboli jednoznacznych – obiektów lub obrazków, które wykazują konkretne powiązanie z wizualnymi bądź dotykowymi właściwościami przedmiotów, które reprezentują” (Rawland, Schweigert 1995, s. 8). Symbole jednoznaczne są podzbiorem symboli konkretnych (są to symbole, które charakteryzuje fizyczne podobieństwo do swoich desygnatów). Mogą być trójwymiarowe (przedmioty) lub (dwuwymiarowe (obrazki). Symbole jednoznaczne opisują następujące cechy:

- 1) są ikoniczne – mają wyraźne, uchwytne za pomocą zmysłów, powiązania z desygnatem i dlatego nie wymagają takich zdolności umysłowych jak symbole abstrakcyjne;
- 2) ponieważ są stałe (permanentne), nie wymagają od pamięci użytkownika tak wiele, jak posługiwanie się mową czy znakami i ponieważ muszą być wyłącznie rozpoznane z zestawu symboli, wymagają jedynie pamięci odpoznawczej, niższego poziomu zdolności umysłowych niż pamięć odtwórcza;
- 3) można nimi manipulować – mogą być podniesione i wręczone komuś bądź umieszczone blisko desygnatu;

- 4) mogą być wybrane lub wskazane przez prostą reakcję motoryczną – jak dotknięcie lub wskazanie, stąd niższe wymagania w stosunku do użytkownika w zakresie małej motoryki;
- 5) symbole trójwymiarowe są rozpoznawalne dotykowo, może więc rozróżniać je osoba niewidząca (Rawland, Schweigert 1995).

Stosowanie symboli jednoznacznych w kształtowaniu umiejętności komunikacyjnych u dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną można uznać za etap pośredni pomiędzy porozumiewaniem się niewerbalnym i niewymagającym stosunkowo wysokiego poziomu abstrakcji a porozumiewaniem się symbolami abstrakcyjnymi, a nawet mową artykułowaną. Przykładem wykorzystującym symbole jednoznaczne jest tzw. kalendarz pudełkowy. Kalendarz taki ma przegródki na każdą czynność. Trójwymiarowe przedmioty są ułożone od lewej do prawej strony, w kolejności, w jakiej odpowiadające im czynności będą wykonywane w ciągu dnia. Dziecko wie co będzie następne przez rozpoznawanie przedmiotu z kolejnej przegródki, w ciągu symboli reprezentujących nadchodzące zajęcia. Kiedy czynność jest zakończana, symbol zostaje przełożony na inne miejsce lub zakryty (Rawland, Schweigert 1995).

Inną propozycją jest PCS – system komunikacji symbolicznej (*The Picture Communication Symbols*), opracowany przez R.M. Johnson (1995) i składa się z prostych obrazków. Nad każdym rysunkiem podane jest słowo, które on symbolizuje. Jednak pewne słowa zostały po prostu napisane ze względu na ich abstrakcyjny sens. Do systemu dołączono także alfabet i cyfry oraz pozostawiono miejsce na kolory. W PGS wybrane są słowa najczęściej używane w komunikacji codziennej i przez wszystkie grupy wiekowe. Rysunki przedstawiono tak by ich skopiowanie nie sprawiało większych trudności, by były łatwo i szybko rozpoznawalne. Każdy rysunek czy słowo posiada ściśle określony rozmiar: 2,5 x 2,5 cm oraz 5 x 5 cm. Dodatkowo na karteczkach o rozmiarach 5 x 5 cm umieszczano najczęściej używane zwroty, typu: tak, nie, daj, jeść. Pojęcia opracowane w PCS podzielono na sześć kategorii, w zależności od ich funkcji: ludzie (włącznie z zaimkami osobowymi); czasowniki; opisowe – przede wszystkim czasowniki i część przysłówków; rzeczowniki – te, które nie były ujęte w innych kategoriach; różne – głównie spójniki, przyimki, określenia czasu, kolory, alfabet, liczby i inne pojęcia abstrakcyjne; słowa powszechnie wykorzystywane w kontaktach międzyludzkich. Włączają też zwroty grzecznościowe, wyrażenia potoczne, prezentujące zachwyty, wstręt, oburzenie i inne słowa oraz wyrażenia używane w akcie porozumiewania się.

Symbole skonstruowano na podstawie specjalnych różnokolorowych tablic. Każda kategoria posiada swój kolor: ludzie – żółty, czasowniki – zielony, opisowe – niebieski, rzeczowniki – pomarańczowy, różne – biały, społeczne – różowy lub purpurowy. PCS jako jeden z możliwych sposobów komunikacji niewerbalnej ma wspomagać kształtowanie umiejętności werbalnych.

Program rehabilitacji dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną od urodzenia lub wczesnego dzieciństwa w zakresie komunikacji z otoczeniem powinien uwzględniać możliwość pełnienia przez te dzieci zarówno funkcji nadawcy, jak i odbiorcy (Florek 1998; Książek 2003). Ci, którzy utracili słuch około 5 roku życia, są narażeni na pewne problemy głosowe. Specjaliści stwierdzają, że głos ludzi, którzy w sposób stopniowy całkowicie utracili słuch, staje się chrapliwy, sapiący i bezdźwięczny, a wymowa niewyraźna, mało zrozumiała. Bergman (cyt. za: Blaha, Carlson 2007) zauważa, że głos osób stających się głuchoniewidomymi może stać się słaby i stracić swoje normalne brzmienie, akcentowanie i głośność wykazują nagle zmiany w czasie wypowiedzania zdań, a artykulacja poszczególnych głosek ulega zniekształceniom, które polega na skrótowym ich wymawianiu.

Mowa osób ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną, które straciły słuch w późniejszym okresie życia, wymaga stałej pracy nad utrzymaniem uzyskanych kompetencji komunikacyjnych i rozwojem mowy, zwłaszcza w zakresie zasobu słownika, modulacji głosu, intonacji, akcentowania wyrazów i zdań, tempa i rytmu mowy (Majewski 1995; Zaorska 2002, 2008).

Dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną, niedysponujące możliwościami słuchowego odbioru informacji, powinny opanować przynajmniej jedną z metod uniwersalnych by móc bez szczególnych trudności porozumiewać się z każdym człowiekiem. Znające brajla mogą wykorzystać czarnodrukowo-brajlową tabliczkę do przyjmowania i przekazywania informacji. Powinny także posługiwać się metodami specjalnymi, które pozwalają na szybsze przekazywanie i odbiór informacji (Ludíková 2000; Majewski 1995; Souralová 2000; Zaorska 2002, 2008).

W rehabilitacji głuchoniewidomego dziecka należy wypróbować kilku metod porozumiewania się i tylko wówczas zdecydować, która z nich jest najlepsza. Im więcej metod komunikacji opanuje głuchoniewidome dziecko, tym bardziej będzie niezależne, tym lepiej będzie potrafiło dostosowywać się do rozmówcy (Florek 1998; Majewski 1995; Zaorska 2002, 2008).

Dobór metody komunikacji z otoczeniem dla małych dzieci ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną w okresie wczesnego dzieciństwa

Dobór metody komunikacji z otoczeniem dla głuchoniewidomego dziecka jest sprawą niezwykle trudną, wymaga pełnej znajomości diagnozy medycznej i psychologiczno-pedagogicznej, szczegółowej wielogodzinnej obserwacji jego

zachowań komunikacyjnych w różnych sytuacjach społecznych, życiowych, w różnych środowiskach (domowym, instytucjonalnym, w czasie zajęć rekreacyjnych) oraz prawdziwie partnerskiego dialogu z rodziną.

Dobór metody komunikacji dla małego dziecka z niepełnosprawnością sensoryczną nie jest działaniem łatwym, jednorazowym, krótkofalowym i oderwanym od naturalnego środowiska życia dziecka (Zaorska 2008). Od podjętych decyzji nie tylko zależy rozwój dziecka, jego dalsze życie, funkcjonowanie psychofizyczne i społeczne, aktywność i samorealizacja czy edukacja, ale również jakość i poziom relacji z otoczeniem, otwartość na takie relacje, umiejętność podejmowania, budowania, rozwijania tych relacji, poziom wiedzy, jej zasób, rozmiary, skorelowanie z obiektywną rzeczywistością. Posiada więc niezaprzeczalny wymiar etyczny, odpowiedzialności za dokonane wybory i świadomości ich przełożenia na konkretnego człowieka.

Dobór metody komunikacji i eksperymentowanie nad dokonany wybór powinno uwzględniać kilka istotnych elementów (Zaorska 2015):

- 1) zapoznanie z danymi anamnestycznymi związanymi z istotą i oceną sytuacji niepełnosprawności; stanem słuchu, wzroku, ewentualnie sprawności intelektualnej, innymi dodatkowymi problemami i możliwymi ograniczeniami zdrowotnymi, przebiegiem ciąży i porodu, kondycją urodzeniową, zrealizowaną/zrealizowanymi i realizowaną/realizowanymi terapią/terapiami medyczną/medycznymi, odbytymi leczeniami szpitalnymi i innymi danymi na temat stanu zdrowia oraz sprawności psychofizycznej i ruchowej dziecka;
- 2) poznanie sytuacji rodzinnej dziecka; atmosfery wychowawczej w rodzinie, deklaracji członków rodziny co do swoich postaw wobec dziecka i jego problemów oraz ukierunkowania w kwestii możliwego angażowania się w pomoc i pracę z dzieckiem, sytuacji socjokulturowej rodziny, istnienia niepełnosprawności wśród jej członków;
- 3) poznanie możliwości samego dziecka, szczególnie jego aktywności poznawczej, poziomu tolerancji dla i na innych ludzi, chęci do komunikowania się z otoczeniem, obecnych preferencji w zakresie sposobu przekazywania informacji (np. krzyki, wykonywane ruchy, gesty, istnienie gestów naturalnych zrozumiałych najbliższemu, wskazywanie oczekiwanych działań i reakcji);
- 4) wyrób metody komunikacji, wybór pojęć aktualnie najistotniejszych w życiu dziecka oraz normalizacja relacji czasowo-przestrzennych. Na przykład wobec dziecka równocześnie niesłyszącego i niewidzącego przy współudziale rodziny można określić pojęcia znaczące dla jego aktualnej aktywności psychoruchowej i aktualnych potrzeb rozwojowo-funkcjonalnych oraz spróbować je przedstawić w postaci symboli wypukłych (wykonanych z plasteliny, modeliny, ciastoliny, na drewnianych podkładkach i odpowiednio zabezpieczonych przez zniszczeniem, przedstawiających łyżkę – oznaczającą czyn-

- ność jedzenia, kubek – oznaczający picie, nocnik – oznaczający czynności fizjologiczne, but – oznaczający ubieranie się itd.). Natomiast w celu normalizacji relacji czasowo-przestrzennych zasadne jest zastosowanie tzw. metody kalendarzy (pudełkowych – pudełeczka są ze sobą połączone, a w nich umieszcza się symbole wypukłe sygnalizujące czynność, którą będzie wykonywało dziecko lub kieszeniowych – na płachcie materiału naszywa się kieszenie, w których umieszczane są symbole; kalendarz jest zawieszany na ścianie, pierwsza przegródka w kalendarzu pudełkowym przeznaczana jest na symbol oznaczający początek dnia, ostatnia na symbol jego końca i sen);
- 5) wprowadzanie oraz utrwalanie wypracowanej symboliki i znaczenia (za)proponowanych symboli, upewnianie się, że dziecko adekwatnie odczytuje ich znaczenie oraz staje się dzięki nim bardziej otwarte na komunikację z innymi ludźmi;
 - 6) poszerzanie zasobu pojęć i symboli, za pomocą których porozumiewa się dziecko oraz stopniowe wprowadzanie innej, bardziej abstrakcyjnej, bardziej poręcznej metody komunikacji, np. wykorzystanie gestów języka migowego podawanych w postaci daktylografii do ręki lub alfabetu punktowego z jednoczesnym zastosowaniem możliwości tzw. globalnego (od)czytania przekazywanych informacji;
 - 7) próby możliwości odbioru mowy artykułowanej z ewentualną adaptacją służącą odbiorowi werbalnie przedstawianych komunikatów oraz ocena reakcji dziecka na tak przekazywane informacje.

Podsumowanie

Zagadnienie komunikacji, a szczególnie doboru metody komunikacji dla małego dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną, od urodzenia należy do najistotniejszych w planowaniu, jak również realizacji działań rehabilitacyjnych, terapeutycznych, edukacyjno-socjalizacyjnych. Posiada nie tylko znaczenie wyznacznika współdecydującego i współodpowiedzialnego za przebieg rozwoju dziecka i jego dalszego życia, ale stanowi także wyznacznik efektywności realizowanej procedury psychopedagogicznego i społecznego wsparcia. Posiada ponadto charakter wysoce zindywidualizowany, częściowo subiektywny oraz ułożenie hermeneutyczne połączone z faktycznym poszanowaniem dla podmiotowości i jednostkowych możliwości dziecka doświadczającego określonych problemów poznawczych.

Bibliografia

- Blaha R., Carlson B. (2007), *Access to Manual Language Systems (ADAMLS)*, Division for Blind Services, Texas Department of Assistive and Rehabilitative Services.
- Florek A.M. (1998), *Rozwijanie komunikacji u małych głuchoniewidomych dzieci*, „Przegląd Tyflogiczny”, nr 1/2, s. 55–69.
- Gałkowski T. (1998), *Przestrzenne i ruchowe komponenty komunikacji z dziećmi głuchymi*, Polski Komitet Audiofonologii, Warszawa.
- Johnson R.M. (1995), *PCS (The Picture Communication Symbols, Book I). System komunikacji obrazkowej*, PZN, Warszawa.
- Kinney R. (1972), *Independent Living without Sight and Hearing*, The Hadley School for the Blind, Winneteka.
- Kozłowski G. (2011), *Głuchosłepota. W: Zbiórny raport z diagnozy świadczonych usług z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób niepełnosprawnych w Polsce*, B.M. Kaczmarek (red.), Fundacja im. Stefana Batorego, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa.
- Kozłowski G. (1988), *Alfabet punktowy do dłoni*, PZN, Warszawa.
- Książek M. (2003), *Dziecko głuchoniewidome od urodzenia. Rozwijanie umiejętności komunikowania się, wykorzystanie metod komunikacji wspomagającej i alternatywnej*, TPG, Warszawa.
- Lafon J.C. (1992), *Codes Amplication for the Profound Deaf*, Université de Strasbourg, Strasbourg.
- Ludíková L. (2000), *Vzdělávání hluchoslepých I*, Scientia, Praha.
- Majewski T. (1995), *Edukacja i rehabilitacja osób głuchoniewidomych*, PZN, TPG, Warszawa.
- Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) (2009), Światowa Organizacja Zdrowia, Warszawa.
- Rowland Ch., Schweingert P. (1995), *System jednoznacznych symboli*, TPG, Warszawa.
- Rudomska H. (2011), *Edukacja rodzinna i edukacja instytucjonalna a funkcjonowanie społeczne dzieci głuchoniewidomych (w narracjach rodziców i wychowawców)*, UMK, Toruń (nieopublikowana rozprawa doktorska).
- Souralová W. (2000), *Vzdělávání hluchoslepých II*, Scientia, Praha.
- Zaorska M. (2015), *Dobór alternatywnej metody komunikacji dla dziecka ze sprzężoną niepełnosprawnością sensoryczną (okres wczesnego dzieciństwa) – „Forum Logopedy”*, grudzień 2015, s. 45–47.
- Zaorska M. (red.) (2008), *Komunikacja alternatywna osób głuchoniewidomych*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń.
- Zaorska M. (2002), *Głuchoniewidomi w Polsce – specjalna pomoc, edukacja i rehabilitacja*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn.